

## 実践報告

# 看護過程と連動させたフィジカルアセスメント教授方略の展開 —フィジカルアセスメント情報を看護情報として活用する—

竹内貴子<sup>1</sup>、前田節子<sup>1</sup>、桂川純子<sup>1</sup>、渡邊弥生<sup>1</sup>、岩吹美紀<sup>1</sup>、杉浦美佐子<sup>1</sup>

## 要 旨

米国での教育方法に準じた日本におけるフィジカルアセスメント教育は、系統的に頭部から足先までの身体面の異常を明らかにするといった診断要素に傾き、アセスメント結果を看護援助に結びつけにくい。

我々はこの問題を解決するために、フィジカルアセスメントをヘルスアセスメントに包含される一部分として、対象の身体機能上の問題だけでなく、対象が、生活を送る上での問題が判断できるよう、看護過程と連動させたフィジカルアセスメントの教授方略を試みている。

演習は、学生を少人数グループに分けて実施し、教員はグループ担当制とした。学生には、フィジカルアセスメントで得た情報を主観的データ・客観的データに分類させ、その集合体をクラスタリングした情報群として分析させ、アセスメント結果として記入させた。また系統的に観察したフィジカルアセスメントのデータをゴードンの11の機能的健康パターン毎に分類する時間を設けた。さらに、看護過程とフィジカルアセスメントを連動させた教育を相互に意識しながら授業を進めた。これらの教授方略の工夫によって、学生の思考は、フィジカルアセスメントで得た情報や分析結果を、生活者の視点で意味ある情報として整理することに近づいた。今後の課題は、このような思考を実習において活用することである。

キーワード：フィジカルアセスメント、看護過程、教授方略

## I. はじめに

看護学基礎カリキュラムに関しては、平成16年3月の文部科学省検討会の報告や平成20年7月の厚生労働省有識者懇談会の報告において、今後、すべての看護師等には、自ら主体的に考え行動することができ、保健、医療、福祉等のあらゆる場において看護を提供できる能力を、生涯を通じて獲得していくことが求められている。また、患者・家族にとって最適な医療を効率的に提供するため、チーム医療の調整役として、これまで以上に高度なコミュニケーション能力も要請されている。

さらに、看護の高度化・複雑化に対応した高い能力が

求められ、学習環境も大きく変化する中、看護学基礎カリキュラムの在り方が問われている。

このような背景を踏まえ、より重要性が増していると考えられる教育内容の充実を図り、保健師、助産師及び看護師（以下、「看護師等」という）学校養成所における生徒及び学生の看護実践能力を強化するため、平成21年度、看護基礎教育のカリキュラム改正等が施行された<sup>1)</sup>。

このカリキュラム改正を受けた「看護師等養成所の運営に関する指導要領」においては、フィジカルアセスメントを強化する内容が盛り込まれている。フィジカルアセスメントは、元々1960年代に米国においてヘルスアセスメントの一部として導入され、1970年代にナース・プラクティショナー（以下NPとする）に不可欠な技術として大学・大学院教育に位置づけられた<sup>2)</sup>。日本でも

<sup>1</sup> 日本赤十字豊田看護大学 基礎看護学

基礎看護教育に必要な技術として1990年代後半から大学を中心にカリキュラムに組みこまれ<sup>2)</sup>、平成11年度調査結果によると、既に約8割の大学で教授されている<sup>3)</sup>。本学においても平成16年度の開学時から既に開講している。このように大学教育においては、今回の改正カリキュラムが出される10年前から導入されていたが、いくつかの問題が指摘されている。その一つは、臨床での活用への限界である。頭部から足先までのアセスメントの方法を学んでも、実際は、看護場面においては対象の状態把握のために、一部を用いるのみで、全身をくまなくチェックする機会はほとんどなく<sup>4)</sup>、技術自体が身についてないため役に立っていない<sup>5)</sup>。

二つ目は、看護を展開していく上での身体面のアセスメントというよりは、正常・異常を明らかにして身体上の状態を査定することに特化していることである<sup>2)6)7)8)</sup>。前述したNP誕生の背景には、医師の診断技術を一部肩代わりする新たな看護師の役割への期待や、医療サービスの比較的未発達な地域に対しての医師と看護師の両方の役割を兼ね備える存在としての期待<sup>9)</sup>、医療保険が充実していない米国の事情等があった。こういった背景で誕生したNPの一つの役割としての「診断技術の要素が強いフィジカルアセスメント」を、そのまま日本の看護教育に導入しては、課題が多く発生することは当然のなりゆきであったといえよう。

これまでの米国での教育内容・方法に準じた日本におけるフィジカルアセスメント教育は、一般的に頭部から足先までの身体面の異常を系統的に明らかにすることに主眼が置かれ、診断要素に特化しがちとなり、看護情報として統合し活用して、それを根拠とした看護援助へと発展させるには、多くの困難を残存させていた。本学においても、身体面の異常を明らかにすることに加え、「なぜそのアセスメントをするのか」「どうすればそのアセスメントを的確に看護に反映させるのか」という意味の追求と、看護の視点として、日常生活を送る上での身体機能の問題を明らかにできる能力を育成する教授方略の開発が急がれていた。

筆者らは、フィジカルアセスメントをバイタルサインと同じような日常的な観察・測定 of 技術と位置づけ、あくまでも看護過程を展開する上でのヘルスアセスメントの一部であり、全人的に対象を理解する上での情報であることを学生に意識づけたい。そこで、学生がフィジカルアセスメントを行う時に、対象の身体機能の問題だけ

ではなく、対象が生活を送る上での問題が判断できるよう、看護過程と連動させたフィジカルアセスメントの教授方略を試みた。本稿では、平成22年度の教育内容の紹介と評価を述べ、今後の課題についても論じる。

## Ⅱ. 授業概要

### 1. 単位数と時間

フィジカルアセスメントは1単位30時間であり、看護過程は2単位60時間であった。

### 2. 教育内容と開講時期

図1に過去2年間の開講時期と内容を示す。平成21年度旧カリキュラムと22年度新カリキュラムの違いは、新カリキュラムで新たに統合実習を導入するに伴い、基礎看護学実習Ⅱの開講時期が変更されたことである(図1)。旧カリキュラムでは、第3セメスターの2年次前期の8月～9月に開講していたが、新カリキュラムでは、第4セメスターの2年次後期の1月～2月に開講することとなった。これに合わせ、看護過程の開講期間は、第3セメスターで2単位60時間であったものを、第3セメスターから第4セメスターにかけて通算約7ヶ月、2単位60時間に変更した。

フィジカルアセスメントの開講時期は第3セメスターのままであり、新カリキュラムでも変更は行っていない。これにより、フィジカルアセスメントと看護過程は同時にスタートし、フィジカルアセスメントの開講期間が終了した後も、引き続いて看護過程は講義・演習が行われる形となった。

### 3. 授業形態

#### 1) フィジカルアセスメント

授業内容は、表1に示した。1コマ90分に対して、

- ①小テスト、5分
  - ②講義(デモンストレーション含む)、45分
  - ③演習、45分
- を基本として組み立てている。

本学の一学年あたりの学生数は、140名弱であるため、約70名を一クラスとして、2展開での授業を実施している。

フィジカルアセスメントを習得する際は、まず、形態機能についての知識があることが、重要な前提条件であ

平成21年度	4月	6月	7月 (夏季休暇)	10月	12月	2月
看護過程 (2単位60時間)	講義	演習 個人ワーク	演習 グループワーク			
フィジカルアセスメント (1単位30時間)	講義演習					
基礎看護学実習Ⅱ (2単位90時間)				実習		

平成22年度	4月	6月	7月 (夏季休暇)	10月	12月	2月
看護過程 (2単位60時間)	アセスメント枠組み ゴードン機能的健康パターン 講義			演習 個人ワーク	演習 グループワーク	
フィジカルアセスメント (1単位30時間)	講義演習					
基礎看護学実習Ⅱ (2単位90時間)						実習

図1 平成21年度と平成22年度の看護過程とフィジカルアセスメントの開講時期の比較

表1 平成22年度 フィジカルアセスメント授業概要

内容
<p>オリエンテーション、問診、健康歴聴取とアセスメントの基本技術</p> <p>一般状態：全身状態の観察</p> <p>皮膚・爪：皮膚の性状、頭部（頭髪・頭皮）</p> <p>頭頸部</p> <p>眼・耳</p> <p>呼吸器</p> <p>循環器</p> <p>腹部</p> <p>筋・骨格系</p> <p>神経系</p> <p>課題学習</p>
教育目標・授業目的及びねらい
<p>(1) 授業目的</p> <p>対象の身体的な健康状態を判断するための知識と基本的な技術について学習する。主要な身体各部の正常・異常を判断し、対象を生活者として捉えた看護の視点でアセスメントできる能力を養う。</p> <p>(2) 到達目標</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 主要な身体各部分の観察及び正常・異常の判断ができる。</li> <li>2. 観察した内容及びアセスメント結果が看護展開に結びつくことを理解できる。</li> <li>3. アセスメント所見を記録できる。</li> </ol>

る。そのため授業は毎回、各系統別の形態機能に関する5分間の小テストを実施後、講義を行い、最後にそれぞれが演習に移るという進行方法とした。演習は、一教員に対して、8-12人の学生受け持ちとし、学生は2名1組となって実施した。演習中の疑問点は、その時その場

に各グループの教員に確認をするように指示し、授業時間内に解決するよう促した。演習実施後には実施した内容を記録用紙に記入して教員に提出させ、アセスメントの方法、内容、解釈した内容を教員が詳細に確認し、コメントを記した上で、記録上においても指導を行った。

なお、小テストと演習記録の内容は、科目評価の対象となることを、事前に学生に伝えている。

## 2) 看護過程

医療・看護をめぐる情報の蓄積は増加を続けている。知識だけあっても思考のスキルを働かせなければ、看護過程の展開はできない。従って、本学では看護過程教育は講義によって画一的に知識を覚えこませるだけでなく、フィジカルアセスメントの講義内容と連動させた事例を用いて事例演習を多く取り入れ、その一部分は、学生が自己学習の能力を育成できるように本学で開発運用している看護過程学習支援システムCASYSNUPL (Computer Assisted System for Nursing Process Learning より命名) を活用している。

また、看護過程で必要とされ、臨床判断能力に大きな差をもたらすのがクリティカルシンキングであるという立場をとり、批判的思考、ロジカルシンキング (分析的な問題解決、臨床的な二方向性推論)、そして主体的な意思決定の技能を習得させるトレーニングを導入している。看護過程教育におけるシミュレーション的な演習では、学生は自分で症例の状況について事象の意味を考え知識と照らし合わせながら吟味し、足りない知識を自己学習によって補い、さらに自分と他の学生や教員の意見・情報も合わせて考えたり批判したり吟味したりして、問題への解決策を見出していく。このような探求的に学ぶ過程を経てクリティカルシンキング能力、判断能力、自己学習力が育成される。看護過程教育に重要なことは、教員が知識を教え込むのではなく、チューターとして側面から援助し、学習目標に到達できるように助言をしながら、学生を主体にして学習を進めていくことである。

看護過程 60 時間の全体的な流れは、

- ①講義
- ②事例展開 (個人ワーク)
- ③事例展開 (グループワーク)

として進行させる。授業内容は、表2に示した。前述したように、本学の一学年あたりの学生数は、140名弱であるため、講義を一学年全体で行い、演習はクラスを半数ずつの約70名として、2展開で実施している。

第3セメスターでは、看護理論からアセスメントフレームワーク、アセスメントの方法から計画立案までの概要を講義する。

過去、看護理論家は個々の対象を具体的な看護の視点

をもって援助するために、看護の構成要素を開発してきた。例えば、ヘンダーソン (Henderson, Virginia) は、看護の構成要素として14項目を挙げている<sup>10)</sup>。またアブデラ (Abdellah, Faye) は、看護問題の視点で21項目を挙げている<sup>11)</sup>。さらにゴードン (Gordon, Marjory) は、11の機能的健康パターン<sup>12)</sup>を挙げている (表3)。これらの構成要素は、看護師が対象の疾患の問題「診断要素」を捉えるのではなく、対象を全人的にみること「診断要素に加えて、心理・社会・霊的側面を踏まえた生活をする者の視点まで含めること」を目的としている。それぞれの理論家が挙げている構成要素は異なるが、いずれも個々の対象に最適な看護を提供するための視点であり、看護過程では、アセスメントのためのフレームワークとして活用してきた。ヘンダーソンやゴードンの提唱している看護の構成要素を基盤にして作成されたアセスメントのデータベースシートであるフレームワークは、現在、多くの臨床現場・医療施設で活用されている。本学は、看護過程におけるアセスメントフレームワークをゴードンの11の機能的健康パターンで講義している。

看護過程は一般的に5ステップで考えられ、スパイラル的に進行している。時々刻々と変化する対象の健康状態に合わせて看護師は、経時的に連続してアセスメントを継続する。アセスメントの間に、実在的または潜在的な看護上の問題が明らかにされることもあり、強み (strengths) が確認される。看護診断は、不確定要素も含んだものであることを理解しておくことが大切であることを繰り返し教授する。

第4セメスターに入ると、個人ワークによる看護過程演習を開始する。最初は、病像がシンプルな事例を用いて、紙面で与えられた様々な情報をゴードンの11の機能的健康パターンに分類し、アセスメントから計画立案まで行う。その後、その事例展開例を持ち寄って、グループワーク・発表まで行い、討議を行う中でアセスメントの方法を習得させていく。

このグループワークには、基礎看護学領域の教員6名全員が指導に入る。看護過程に正解は無いが、アセスメントの視点が、対象を全人的に捉えることから大きなズレが生じないようにアドバイスをを行う。展開例として、教員の展開例も示し、どのような視点で分析したかを中心に伝達している。



表2 平成22年度 看護過程授業概要

内容
<p>看護理論の実践への応用と看護の専門性の確立</p> <p>看護過程を導く看護理論・看護過程の概念及び必要性</p> <p>クリティカルシンキングとは、看護過程の中核（知識・技能・ケアリング）</p> <p>2つの看護過程（①問題解決、②対人関係）、問題解決過程と患者の強み</p> <p>看護過程の各段階、及びその関連性</p> <p>看護過程の土台となる知識・理論</p> <p>看護の人間観とアセスメントフレームワーク</p> <p>全体像の描写（含、関連図）</p> <p>看護上の問題及び強みの抽出、優先度の決定</p> <p>計画の立案（期待される結果・手段の選択）</p> <p>実践（患者への説明と了解、看護の実施と対象者の反応）、評価</p> <p>看護過程事例演習1（於：情報処理室）</p> <p>看護過程展開事例をクリティカルにみる演習2（於：教室）</p>
教育目標・授業目的及びねらい
<p>(1) 授業目的</p> <p>看護過程とは、意図的、計画的な看護を実践するための一つの方法論である。看護理論に基づいた組織的・系統的な実践は看護の対象者にとって適切なケアを享受する権利の保障となり、看護者にとっては一貫した看護ケアの提供と看護する能力の向上につながる。看護過程は看護を行う基盤であり、あらゆる看護活動を行うための基本となる技術としても重要である。この科目は、成人、老年、小児、母性、精神、地域の看護活動を系統的・科学的に実践するための方法論を学習する第一歩である。看護過程の概念及び必要性、対象の個別性・特殊性に合わせた看護を実践する意味、どのようなプロセス（アセスメント、診断、計画、実施、評価の一連の過程）が必要かを理解する。</p> <p>(2) 到達目標</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>看護過程のプロセスが適切に進められるために必要な理論的基盤や、EBNを含めた科学的思考過程について述べることができる。</li> <li>看護過程を展開するために対象をどのような視点でとらえるかを述べることができる。</li> <li>看護過程を展開するために必要な基礎的知識を理解し、活用して、正常値との比較、標準、日常性などからアセスメントを実施できる。</li> <li>病態や治療過程がシンプルな事例について、看護過程の展開のうち、看護計画立案まで一人で展開できる。</li> </ol>

#### 4. 看護過程につなげる教授方略

看護師は、医学・疾患モデルに沿って思考する医師とは異なり、対象の身体面（一般的にはフィジカルアセスメントで得た診断要素、疾病管理モデル）についての思考と同時に、心理面・社会面・霊的側面（一般的には生活者モデル）を総合的に思考する。非常に複雑に絡み合った対象の看護診断・看護問題を解決するため、各問題の関連構造を理解しやすい形に表現して考える。この表現方式が看護過程とフィジカルアセスメントを連動させた教育では重要であり、これを可視化して思考を整理する一方法として学生に「関連図」を描かせる。

関連図とは、①対象の体の中で起きている隠された点を、図で表すことで目に見えるようにする、②図に表示された見えないものと、見えるものをつなげていくことで、それらの関係や、全体像を把握する目的で描く。関連図の種類には、疾患の病態の変化を、図でたどる病態関連図、ある一定の部分に焦点をあてて展開する部分関

連図、人の対象についての情報を、一枚の図にまとめ、疾患や症状のことに限らず、心理・社会的な要素なども含める全体関連図の3種類があり、フィジカルアセスメントと看護過程の演習、それぞれの中で学習目的に応じて工夫して用いる。

全体関連図を描く際には、因果思考、条件思考、関係思考を組み合わせる。①因果思考は、問題は何かを特定することであり、「○○だから××である」というように、原因と結果を基にして考える、②条件思考は、問題はどうすれば解決できるかの条件を考える。例えば、「○○だから××である」という因果関係に、手術・薬剤などの治療を考えていく、③関係思考では、具体的にどうすれば問題が解決するのかを考える。因果思考や条件思考を用いて整理された記述に、具体的な対策として「看護はどうしたら良いか、方向性は……」を書き加える。つまり、対象の疾病とフィジカルアセスメントで収集した症状（診断要素）、治療との関係や、看護理論家

表3 ヘンダーソンとアブデラとゴードンの看護の構成要素の例

ヘンダーソン 基本的看護の構成因子 <sup>10)</sup>	アブデラ 21項目の問題点 <sup>11)</sup>	ゴードン 機能的健康パターン <sup>12)</sup>
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 患者の呼吸を助ける</li> <li>2. 患者の飲食を助ける</li> <li>3. 患者の排泄を助ける</li> <li>4. 歩行時および座位、臥位に際して、患者が望ましい姿勢を保持するように援助する。また、患者がひとつの体位から他の体位へ身体を動かすのを助ける</li> <li>5. 患者の休息と睡眠を助ける</li> <li>6. 患者が衣服を選択し、着脱を助ける</li> <li>7. 患者が体温を正常範囲内に保つのを助ける</li> <li>8. 患者が身体を清潔に保ち、身だしなみよく、また皮膚を保護するのを助ける</li> <li>9. 患者が環境の危険を避けるのを助ける。また、感染や暴力など、特定の患者がもたらすかもしれない危険から他の人を守る</li> <li>10. 患者が他者に意思を伝達し、自分の欲求や気持ちを表現するのを助ける</li> <li>11. 患者が自分の信仰を实践する。あるいは自分の善悪の考え方に従って行動するのを助ける</li> <li>12. 患者の生産的な活動あるいは職業を助ける</li> <li>13. 患者のレクリエーション活動を助ける</li> <li>14. 患者が学習するのを助ける</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 個人の衛生と身体的安楽の保持</li> <li>2. 適切な運動・休息・睡眠の調整</li> <li>3. 事故・障害を防止し、病気の感染予防を通して行う安全策の促進</li> <li>4. 良好な身体の保持と機能障害の防止およびその矯正</li> <li>5. 身体各部の細胞への酸素供給の保持と促進</li> <li>6. 身体各部の細胞への栄養補給の保持と促進</li> <li>7. 排泄の円滑を図る</li> <li>8. 体液および電解質のバランスの保持と促進</li> <li>9. 身体の疾患に対する生理的反応（病理的、生理的、代償的）の理解</li> <li>10. 身体の円滑な機構組織と機能の保持と促進</li> <li>11. 身体の感覚的機能の保持と促進</li> <li>12. 有形・無形の意志の表現、感情・反応の認識と理解</li> <li>13. 臓器疾患と情緒の相互関連性の確認と理解</li> <li>14. 有効的な有言・無言の意志疎通の理解と努力</li> <li>15. 建設的人間関係の発展と努力</li> <li>16. 個人の精神的目標達成を促す努力</li> <li>17. よき医療環境の創造と維持</li> <li>18. 肉体的・情緒的・発展的ニーズの多様性をもつ個人としての自己を認めさせる</li> <li>19. 肉体的、情緒的の制約内での最大可能な目標を理解させる</li> <li>20. 疾患からくる諸問題解決の助けとして社会資源の活用を行う</li> <li>21. 病気の原因をおこす要素としての社会問題を理解する</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 健康知覚—健康管理</li> <li>2. 栄養—代謝</li> <li>3. 排泄</li> <li>4. 活動—運動</li> <li>5. 睡眠—休息</li> <li>6. 認知—知覚</li> <li>7. 自己知覚—自己概念</li> <li>8. 役割—関係</li> <li>9. セクシュアリティ—生殖</li> <li>10. コーピング—ストレス耐性</li> <li>11. 価値—信念</li> </ol>

が示した看護の構成要素を基に、心理・社会・霊的問題なども含めて図示していく。

いくつかある看護診断・看護問題について、症状と治療や、ライフスタイルと治療など、いくつかの関連性を明らかにし、可視化されるので、看護診断・看護問題解決の優先順位を考え、医師や看護師その他のコメディカルの協働、あるいは看護師単独の効果的な援助計画を立てる根拠となる。関連図は、疾病に関することだけではなく、対象全体を把握するためのものであることから、全体像とも呼ばれる。

図2に関連図の一例を示した。対象の看護診断・看護問題は、矢印で示されるように要因が関連している。問題間や原因・誘因の関連構造を図としてわかりやすく可視化しているので、問題解決の有効な支援につなげることができる。

医学・看護学の知識は、対象の様々な健康上の問題発生と問題解決法、身体症状別の看護、様々な心理面への支援、社会的支援としての保障制度、家族理論など看護学カリキュラムと教科書の構成の流れに沿って1つ1つ学習者に教授される。この方法は、過去、幾重にも試

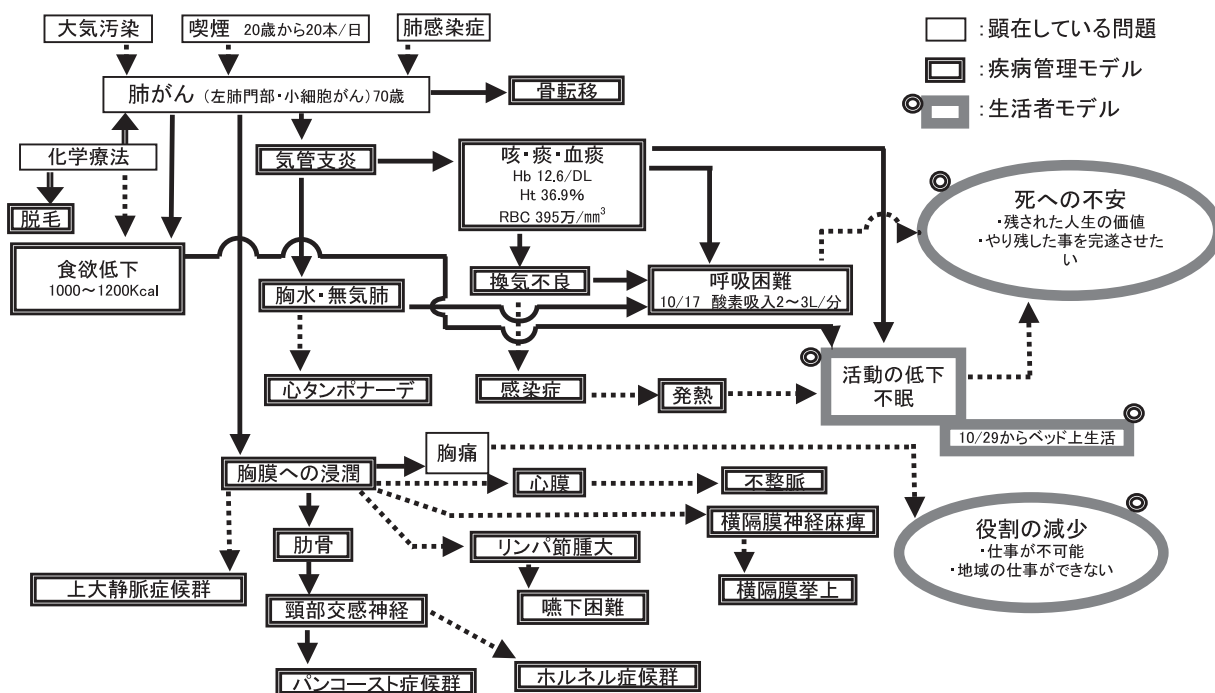


図2 関連図（フィジカルアセスメントで得た情報及び対象の看護問題の関連性）

行錯誤をした上での最も効率の良い解法とされ、学生は単純明快に医学・看護知識を暗記すれば、比較的簡単に対象の問題解決ができると「錯覚」しやすい。こうした、系統化され順序立てられた学習は、最も効率よく目的達成ができ、知識を理解・整理する方法として大変優れている。しかし、実際に看護過程を展開する際に、疾病管理モデルと生活者モデルでの問題間の相互作用を見逃して捉え違いをしてしまうと、とたんに看護診断・看護問題の抽出と実際の対象の状況・反応の間に乖離が起きてしまう非常にもろい知識構造でもある。

一例を挙げる。夜間下肢の疼痛を訴える対象に、疼痛を訴えた時には鎮痛薬を内服させるという医師の指示通りに、鎮痛剤を投与することを看護行為であるとする看護師（A）もいれば、面談や観察を行うことで当該対象の不安な気持ちに気づき、消灯前にしばらく「話し相手」になり、就眠前に足浴を実施することで疼痛の解消を図ることのできる看護師（B）もいる。看護学の授業では、疼痛の概念・症状、それに対応するための方法論、鎮痛薬について理解する薬理学、薬の作用起序を理解するための解剖学・生理学、対象の心理面を理解する臨床心理学、人間の発達課題を理解するための科目、社会学、倫理学等、様々な知識を系統的に順序立てて教授している。しかし、それらの知識の使用法とアセスメントの結果によっては、上記の看護師（A）、（B）のように看護

行為は異なったものになる。これは、対象を診断要素、疾病管理モデルのみで思考したのか、生活者モデルの視点も含めて観察し、問題間の相互作用を確認できたかどうかによる。

この乖離が起こっても柔軟に対応できる看護の知識構造とは、看護師が対象の各問題の原因・誘因、判断の知識、看護診断・看護問題同士の見えない因果関係や関連性に気付くことである。標準化されている公式的な知識に加え、看護師が生活体験の中で培ってきたケースバイケースともいわれる個別の問題に対する暗黙知、経験知的なものを利用することである。問題の文脈を読み取り、P:看護問題（Problem）、E:原因・誘因（Etiology）、S:問題によって起こっている症状・徴候（Sign and Symptoms）、N:今後のなりゆきの予測を導き出す。すなわち、身体面を中心とした標準化された公式的な診断要素が大部分である疾病管理モデルのレベルで終わらずに、個別的な心理・社会・霊的側面から導かれる生活者モデルのメタな情報も含めて判断してこそ、対象を一人の人間として総合的・全体的に捉え本質的に理解できたといえる。

図2を例に考えると、医学的知識・フィジカルアセスメントで得た診断要素と看護診断を適切に活用すれば、標準的には疾病管理モデル（二重四角で囲った部分）と生活者モデル（二重丸がついた四角で囲った部分）の一



部は抽出される。しかし看護師には、楕円形で囲まれた「死への不安」と「役割の減少」といった個別的な対象のP：看護問題にも気付いて欲しい。そのためには、まだ看護の暗黙知的であって未開発な段階にある生活者モデルの視点に立って、E：原因・誘因およびS：症状・徴候を判断し、見えない因果関係や関連性を可視化していくことが重要である。これが、フィジカルアセスメントや看護過程の演習において学生への支援の一つとして、チューターとしての教員がOne to Oneでのフィードバックをする理由である。

近年の受験勉強などにみられる詰め込み型の学習では効率学習が重要視され、多くの学生は教科書という完全マニュアル化された解法でしか考えることをして来なかった。実際にはどんなに系統立てて作成されている教科書でも、各分野間では見えない因果関係や関連性があるはずであるが、必要情報が散在している<sup>13)</sup>。看護過程の教育では、こうした「関連性を考える」という思考作業を支援することが求められる。

以上から、看護展開における身体面の情報としてのフィジカルアセスメントを意識付けるために授業目的を、「対象の身体的な健康状態を判断するための知識と基本的な技術について学習することと、主要な身体各部の正常・異常を判断し、対象を生活者として捉えた看護の視点でアセスメントできる能力を養う」とした。

看護過程の授業において、ゴードンの11の機能的健康パターンの学習を開始した5月下旬から、平行してフィジカルアセスメントの講義内で、身体機能のアセスメント内容は、ゴードンの11の機能的健康パターンのうち、どのパターンでの情報として活用できるかについても講義しながら進めた。そして、終盤の第14コマでは、それぞれ演習で収集した情報を記録化する際、ゴードンの機能的健康パターン毎に主観的情報と客観的情報に整理する時間を設けた。対象を全人的に捉えることに着眼できるように配慮し、担当教員毎のグループに分かれ、どのパターンに分類するか、どのような方向で思考していきたい情報であるのかを確認、話し合いながら進めた。

また、看護過程の基盤である問題解決志向型システム(Problem Oriented System)、クリティカルシンキング(Critical Thinking Method)の理解を目的に、対象を観察して得たデータを主観的データ(以下Sデータとする)・客観的データ(以下Oデータとする)に分類して、別の枠にアセスメント結果を記入できるような書式とし

た(図3)。問診のデータと視診・触診・打診・聴診で得た観察結果の違いを認識できることを期待した。

### Ⅲ. 結果・考察

#### 1. 看護過程につなげる教育

##### 1) 小テスト

アセスメントには、日常生活に必要な身体機能の知識が不可欠である。90分の授業時間中、講義40分の中では、形態機能の知識の確認も含めて展開しているが、時間的な限界がある。そこで、学生たちが苦手とする形態機能については、小テストを全12回実施し、再学習の機会を設けた。授業回数を重ねることにより形態機能の知識を活用したアセスメント方法の質問をできる学生が現れた。ある程度の予備知識が無いとアセスメント方法の理解に結びつかないことを考えると、小テストの意義が少しずつではあるが効果を示したものと推察する。

##### 2) 看護過程とのリンク

一般状態観察で全体の概要をつかみ、頭部から足先までの系統的なアセスメントと、生活行動に視点を置いたゴードンの健康的機能パターンとの関連をいかに教授していくかが、最大の課題であった。平成21年度は、各系統別の講義毎にゴードンのどのパターンに関連するかを提示しながら進めたが、事例展開に反映されるまでの理解には至らなかった。平成22年度は、看護過程の開講期間が昨年の約2倍という長期にわたるため、フィジカルアセスメントの開講時期と平行した第3セメスターの看護過程は、ゴードンの健康的機能パターンの理解に2コマを費やした。また2つの科目双方に、身体機能のアセスメントが機能的健康パターンのどのパターンの情報として活用できるかについて強調した。

学生たちは何をどうしたら良いかわからないようであったが、グループ内で話し合う中で、「観察で得たデータを、どのように解釈していくか」「データは、いくつものパターンの中で用いられている」などを認識し始めていた。各機能パターンの意味するところもまだほとんど理解できていない状況のため、情報の転記のみに終わる傾向であったが、テキストや関連資料を取り出して見たり、グループ内で意見交換したりする場面が見られた。各機能パターンについて、一つの情報が、様々な情報と関連していることに気づき、「わからないことがわからない」状態から「わからないことがわかる」機会となっ



平成21年度

フィジカル・アセスメント記録用紙	
学籍番号	氏名
一般状態	
視診	
身体的側面／姿勢と運動(歩行状態):	
言葉と行動(理解):	
苦痛のサイン:	
皮膚の状態(見えている部分のみ)	
体臭・口臭:	
顔の表情:	
性発達:	
生活習慣／身だしなみ:	
全身状態	
視診	
皮膚:	
爪:	
頭部	
視診・触診	
頭蓋:	
頭皮・頭髮:	
顔面:	
副鼻腔／前頭洞:	
上顎洞:	
側頭下顎関節:	
第Ⅴ脳神経／運動神経:	
感覚神経:(角膜反射実施せず)	
第Ⅶ脳神経／運動神経:	
感覚神経(味覚):	

平成22年度

フィジカルアセスメント記録用紙			
学籍番号 ( )		氏名 ( )	
健康歴:問診 (Sデータ)	観察 (Oデータ)	アセスメント	関連する パターン
	一般状態 身体的側面 視診 姿勢と運動(歩行状態):  言葉と行動(理解):  苦痛のサイン:  皮膚の状態 (見えている部分のみ) 体臭・口臭:  顔の表情:  性発達:  生活習慣 視診 身だしなみ:		

図3 平成21年度と平成22年度の記録用紙の比較

たとえる。教員サイドからは、グループダイナミクスが働いていて効果的だったとの意見もあった。後半の看護過程に少なからずつながるのではないかと考える。

### 3) 演習記録

図3に示すように、各系統別にSデータ・Oデータ、アセスメントという演繹的思考を意識付けた。初回は、見本を示したことにより記載ができた。しかしその後は、Sデータ・Oデータの違い、アセスメントに記載する視点が説明だけでは理解できず、提出された記録を一人ずつ15～20分、教員一人あたり平均学生担当数19人、6-7時間をかけながら確認して記録上の指導を行った。回を重ねることにより、Sデータ・Oデータは補完しながら収集していくこと、観察して得た結果の異常の有無のみではなく、その器官の機能と照らし合わせながらアセスメントしていくことが可能となっていく。しかし個人差が大きく、形態機能の理解の差をそのまま反映していた。

### 4) 少人数教育

フィジカルアセスメントおよび看護過程共に、情報の整理、系統立てた思考、演繹的帰納的思考など、学生たちにとっては、難易度が高く、授業についていけない学

生も存在する。「わからないことがわからない」「質問できない」など学生個々の基礎学力も様々である。少人数教育は学生1人1人の実態が把握しやすくなるというメリットがあり、個人に応じた指導ができる。基礎看護学で教授する内容は、各専門科目の土台となり、特に技術科目は、丁寧な関わりが求められる<sup>14)</sup>。さらに近年、少人数教育は、文部科学省の大学における教育内容の改善を図る取り組みの中でも積極的に勧められている<sup>15)</sup>。

そこで、平成22年度は、教員補佐員2名を含む教員数7名で、学生数138名を2展開で行った(1クラス73名または65名:編入生を含む)。担当学生数は最大で教員一人あたり学生13人として、できる限り少人数できめ細かく指導できる体制をとった。教員サイドからは担当学生個々を見ることができ、学生の授業評価では「質問がしやすい」「丁寧に見てもらえる」「先生との距離が縮まった気がする。いつも同じ先生でメンバーも固定なのでやりやすかった」と肯定的な意見であった。担当した学生のアセスメントにも細かくコメントをすることにより学生との関係性確立の機会になったと思われる。

しかしその反面、聞けばすぐに対応してもらえる状況のためか、全体に、自分たちで実施をするという意識が

少なかったように思われる。講義を受け、自分たちがどのように実施していくか内容方法の指導・説明がさらに必要と思われる。

また、学生からの授業評価において、人数の少ない男子学生からは、質問の機会は作ったが不満の意見もあった。男女をスクリーンで隔てての演習の場合、物理的な問題から、全体的に男子の指導が手薄になったことは否めない。男子学生の指導時間を確保し、可能であれば1クラスに男子学生を集めるなどの工夫が必要である。

さらに担当制の演習に対して、学生から「先生によって指導が違う」という意見があった。これは、他大学での演習でも同様の報告がされている<sup>16)17)</sup>。演習前に教員間で、1時間ほどの時間をかけて内容や手技についての打ち合せを行っているが、アセスメントに至る看護観の違いなどの影響と思われる。実施内容の統一に関しては、内容の打ち合せは当然であるがアセスメントの方向性についても必要と考える。

#### IV. まとめ

「身体系統別の学習は、覚えやすく現場でも使いやすい」という意見もあり<sup>5)</sup>、実際の臨床においては活用しやすいことが考えられる。しかし、初学者の看護学生として、やはりフィジカルアセスメントで得た情報を、疾患を理解する身体面の情報としてのみでなく、全人的に捉えるための情報の一つとして考えて欲しいと考える。演習で得たデータとアセスメント結果を、ゴードンの11の機能的健康パターンに分けるという課題により、情報を生活者の視点で意味ある情報とし整理できるような思考に近づくことができたのではないかと考える。机上・演習で得た方法を、いかに実習で活用できるかを考える必要がある。実習で実施できれば、さらに臨床での活用につながると考える。演習内容を実習でどのように活用できるかを、今後も引き続き検討していきたい。

#### 文 献

- 1) 保健師助産師看護師学校養成所指定規則等の一部を改正する省令の公布について（通知）19 文科高第 659 号, [http://www.mext.go.jp/a\\_menu/koutou/kango/08012905.htm](http://www.mext.go.jp/a_menu/koutou/kango/08012905.htm), 2008
- 2) 小野田千枝子, 高橋照子, 芳賀佐和子他：実践！フィジカルアセスメントー看護者としての基礎技術 改訂第 3 版, 金原出版, 東京, 2008
- 3) 太田勝正, 加藤あさか, 八尋道子他：わが国のフィジカルアセスメント教育の実態 平成 11 年度全国調査結果より, 看護教育, 41(12), 1060-1065, 2000
- 4) Giddens, J. F: A survey of physical assessment techniques performed by RNs: Lessons for nursing education, J Nurs Educ, 46(2), 83-7, 2007
- 5) 横山美樹, 佐居由美：看護師のフィジカルアセスメント技術の臨床現場での実施状況 フィジカルアセスメント開講前後の卒業生の比較からみたフィジカルアセスメント教育の検討, 聖路加看護大学紀要, 33, 1-16, 2007
- 6) 三上れつ, 小松万喜子, 小林正弘：ヘルスアセスメントー臨床実践能力を高める, 南光堂, 東京, 2010
- 7) 松尾ミヨ子, 志自岐康子, 城生弘美編：ヘルスアセスメント ナーシング・グラフィカ 17 第 2 版, メディカ出版, 大阪, 2010
- 8) 藤崎郁, 伴信太郎：フィジカルアセスメント完全ガイド, 学研, 東京, 2001
- 9) 佐藤直子：専門看護制度 理論と実践, 医学書院, 1999
- 10) Verginia Henderson, 湯楨ます, 小玉香津子訳：看護の基本となるもの 改訳版, 日本看護協会出版会, 17-29, 31-77, 1995
- 11) Abdellah FG, 千野静香訳：患者中心の看護, 医学書院, 1963
- 12) M. Gordon, 佐藤重美訳：よくわかる機能的健康パターン, 照林社, 1998
- 13) 畑村洋太郎：失敗学のすすめ, 講談社, 64-76, 2002
- 14) 波多野梗子：これからの看護教育の課題 看護基礎教育の内容と方法を中心に, 愛知県立看護大学紀要, 8, 1-6, 2002
- 15) 文部科学省高等教育局大学振興課：授業の質を高めるための具体的な取組状況, [http://www.mext.go.jp/b\\_menu/houdou/18/06/06060504.htm](http://www.mext.go.jp/b_menu/houdou/18/06/06060504.htm), 2006
- 16) 大宮絵里子, 三苦里香, 野坂久美他：フィジカルアセスメント演習運営と学生からの評価についての調査研究, 看護展望, 29(4), 494-502, 2004
- 17) 深田順子, 広瀬会里, 片岡純他：看護大学におけるフィジカルアセスメント能力向上のための教育の試み, 愛知県立看護大学紀要, 14, 63-72, 2008